32

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

E 1911 — N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

LYMPHANGITE

DÉNITE ET ADÉNO-PHLEGMON

DE LA RÉGION MASTOÏDIENNE

PAR

MARCEL ZAEPFFEL

Né à Aumale (Alger), le 17 septembre 1881

Président : M. P. SECOND, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, rue Casimir-Delavigne et rue Monsieur-le-Prince, 12

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZ
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LANNELONG
Anatomie pathologique	Pierre MARI
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMES
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	CHAUFFARD GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladie des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	Gilbert BAL
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELB QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSO
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL Pierre	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTEREF
BRINDEAU	GRÉGOIRE	LŒPER	RICHAUD
BROCA André	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	LABBE Marcel	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBÉCOURT	TIFFENEA
CLAUDE	LECENE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE		OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs au et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le professeur SEGOND

Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur
dont j'ai l'honneur d'être l'élève.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM.

Le docteur BLUM, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

Le docteur JACQUET, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Le docteur BRAULT, médecin de l'hôpital Lariboisière.

Le professeur SEGOND, chirurgien de La Salpêtrière, externat 1907-1908.

Le professeur agrégé LEGUEU, chirurgien de l'hôpital Laennec, externat 1908.

Le professeur agrégé MORESTIN, chirurgien de l'hôpital Tenon, externat 1909.

Le docteur MUSELIER, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, externat 1909-1910.

Le professeur agrégé SÉBILEAU, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, externat 1910-1911.

Le docteur SAVARIAUD, chirurgien de l'hôpital Trousseau, externat 1911.

A M. le docteur LEROUX
Médecin du dispensaire Furtado-Heine

A M. le docteur RAOUL LABBÉ
Médecin-adjoint du dispensaire Furtado-Heine.

INTRODUCTION

Nous avons conçu le sujet de notre thèse dans le service de M. le Dr Savariaud, à l'hôpital Trousseau. Nous tenons à remercier ici notre excellent maître qui a bien voulu nous confier, sous sa direction, sa consultation d'oto-rhino-laryngologie. Nous avons pu ainsi examiner et traiter un grand nombre d'enfants atteints de l'affection dont nous allons parler. Nous avons souvent discuté le diagnostic différenciel entre la lymphangite rétro-auriculaire et la mastoïdite et nous avons pu, dans certains cas, voir combien ce diagnostic était malaisé. Nous avons donc cru bon de réunir les signes qui plaident en faveur de cette lymphangite rétro-auriculaire afin de les opposer nettement à ceux qui caractérisent la mastoïdite ; ce diagnostic bien posé, on évitera souvent une opération inutile.

Nous remercions aussi MM. les Drs Grivot et Grossard, qui ont bien voulu nous donner quelques conseils, ainsi que M. le Dr Baratoux, dont les nombreuses fiches nous ont été d'une grande utilité.

Nous résumerons dans un premier chapitre l'anatomie

des lymphatiques et des ganglions de la région ; dans le second, nous parlerons des symptômes de la lymphangite et de l'adéno-phlegmon rétroauriculaires, nous réservant, dans le troisième, de traiter de l'étiologie de ces affections. Le diagnostic différenciel fera l'objet du quatrième et nous terminerons par le traitement à employer en pareil cas.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie des ganglions et des lymphatiques de la région mastoïdienne

L'appareil ganglionnaire de la tête et du cou présente un développement considérable. C'est d'ailleurs dans la région cervicale qu'apparaissent les premiers ganglions au cours du développement phylogénique.

La disposition générale de ces ganglions peut être schématisée de la façon suivante : ces ganglions constituent d'abord une sorte de cercle, véritable collier ganglionnaire placé à la jonction de la tête et du cou. De ce cercle part de chaque côté une chaîne verticale qui s'étale sous le sterno-mastoïdien et accompagne le paquet vasculo-nerveux jusqu'à la jonction du cou et du thorax. Cette chaîne principale est flanquée de plusieurs chaînes secondaires de moindre importance.

Le cercle ganglionnaire péricervical est décomposable en un certain nombre de groupes qui sont, d'arrière en avant :

1° Le groupe sous-occipital et les ganglions attenants de la nuque, qui en dépendent.

2° Le groupe mastoïdien.

3° Le groupe parotidien.

4° Le groupe sous-maxillaire.

5° Les ganglions sous-mentaux.

6° Les ganglions rétro-pharyngiens.

Nous nous bornerons à l'étude du deuxième et du troisième groupe.

Le nombre des ganglions mastoïdiens varie de deux à cinq suivant les auteurs. Poirier en admet deux. Ils sont, d'après lui, toujours bien visibles chez l'enfant, mais souvent difficiles à découvrir chez l'adulte. Ils sont ordinairement placés l'un derrière l'autre et réunis par deux ou trois troncs lymphatiques ; ils sont sous-jacents au bord inférieur du muscle auriculaire postérieur et reposent sur l'insertion mastoïdienne du sterno-mastoïdien. Une mince lame fibreuse, dépendance de la gaîne de ce muscle, les fixe sur ce dernier.

Pour d'autres auteurs leur nombre est de cinq ; ils sont disposés en partie sur la face externe de l'apophyse ; en partie le long du rebord apophysaire; l'un d'eux est le plus souvent situé à la pointe.

Ces ganglions reçoivent les lymphatiques de la portion temporale du cuir chevelu, de la face interne du pavillon de l'oreille, le lobule excepté, et de la face postérieure du conduit auditif externe. Ils reçoivent aussi des lymphatiques provenant des ganglions supérieurs du groupe sterno-cléido-mastoïdien, que Poirier sépare du groupe mastoïdien ;

ils reçoivent ainsi des rameaux lymphatiques émanés de ganglions placés autour de la jugulaire externe au point où elle sort de la grande parotide.

D'après Grüber et Kessel, les lymphatiques de l'oreille moyenne traversent la couche fibreuse de la membrane du tympan et s'anastomosent avec les lymphatiques du revêtement cutané de cette membrane ; ils aboutissent au cadre tympanal et se divisent en plusieurs branches ; au sortir du conduit, ils se dirigent vers la région mastoïdienne en suivant le périoste du conduit auditif externe dont le périoste de l'apophyse est la continuation.

D'après les anatomistes, la presque totalité des collecteurs issus de la muqueuse nasale, de la trompe d'Eustache et une partie des lymphatiques de la caisse du tympan se rendent aux ganglions rétropharyngiens. Nous verrons que, d'après la clinique, quelques-uns se rendent aux ganglions mastoïdiens.

Les vaisseaux efférents du groupe mastoïdien se jettent dans les ganglions supérieurs de la chaîne jugulaire interne.

Le groupe parotidien comprend quinze ou seize ganglions situés dans la loge parotidienne. Ils reçoivent les lymphatiques de la face externe du pavillon de l'oreille, de la peau frontale et temporale, de la racine du nez, du conduit auditif externe, de la caisse du tympan, de la muqueuse des fosses nasales.

Ajoutons, pour terminer l'étude de ces ganglions mastoïdiens, que Lamacq-Dormoy en a trouvé un nombre beaucoup plus grand que celui indiqué par les anatomistes chez un homme sujet à des atteintes fréquentes de rhino-pharyngite. Il a pu constater sur l'apophyse mastoïde la pré-

sence de dix ganglions plus ou moins volumineux. Il y avait aussi chez ce malade de nombreux ganglions occipitaux ; chez d'autres malades, il a trouvé, au devant du tragus, toute une pléiade de petits ganglions et non pas un seul ganglion préauriculaire.

CHAPITRE II

Symptômes

Nous prendrons comme type de lymphangite rétro-auriculaire celle qui succède à la furonculose du conduit auditif externe.

Elle débute par un mouvement fébrile accompagné de frissons, de céphalée, de bourdonnements d'oreille ; enfin de douleurs rétro-auriculaires.

Bientôt apparaît, en arrière de l'oreille et surtout vers la partie inférieure du sillon rétro-auriculaire, entre la pointe de l'apophyse mastoïde et le conduit auditif, un fin réseau à mailles serrées, présentant une coloration rosée ou rouge uniforme. En même temps, toute la région est envahie par un gonflement mal limité, œdémateux, mou, où la pression du doigt laisse un petit godet qui s'efface lentement.

La douleur du début est plus marquée, superficielle et continuelle : elle consiste en une cuisson très pénible assez analogue à la douleur produite par une brûlure du premier degré. Cette douleur est exaspérée par la pression et même

par le simple contact. La pression est douloureuse sur tous les points où siège le gonflement, mais cesse brusquement en dehors de ces limites. Il existe certains points d'élection où la douleur est exquise :

1° A la pression en avant du tragus où elle est constante et précède le plus souvent l'apparition des symptômes douloureux de la région mastoïdienne. Elle s'explique par l'engorgement précoce de ganglion préauriculaire.

2° Entre la pointe de l'apophyse mastoïde et la branche montante du maxillaire inférieur, au niveau de la partie inférieure du sillon rétro-auriculaire.

3° Autour du conduit si l'on a soin de diriger la pression vers le conduit auditif.

En même temps que les phénomènes de lymphangite, les ganglions mastoïdiens participent plus ou moins à l'inflammation : on trouve presque toujours dès le début un ganglion tuméfié, doublé ou triplé de volume, dur ou rénitent, douloureux à la pression, mobile sur les parties profondes et roulant sous le doigt.

Nous ajouterons pour terminer ce tableau que dans les cas que nous avons observés nous-mêmes, l'œdème s'étendait très loin de la région mastoïdienne : la fosse temporale, les paupières du côté de la région malade, toute la région préauriculaire étaient envahies.

Si l'affection doit se terminer par la résolution, celle-ci se produit du quatrième au cinquième jour : la plaque rosée pâlit progressivement, le gonflement s'affaisse, l'œdème disparaît et tout rentre dans l'ordre. Cependant, il n'est pas rare que la tuméfaction persiste quelque temps encore après la lymphangite.

Si la lymphangite passe à la suppuration, la teinte rouge se fonce de plus en plus, devient lie de vin ou violacée, des phlyctènes purulentes ou de petits abcès intradermiques s'ouvrent au dehors ; mais la forme la plus fréquente est l'abcès circonscrit unique ; formé au point central du gonflement, cet abcès lymphangitique présente une forme arrondie et se vide à l'extérieur, donnant issue à du pus crémeux, bien lié. La cicatrisation est en général rapide.

Les ganglions enflammés peuvent participer à la suppuration ; ils grossissent, se ramollissent et font corps avec le tissu ambiant : l'adéno-phlegmon est constitué.

La région mastoïdienne présente alors un gonflement mal circonscrit, mou, œdémateux ; l'empâtement est net, superficiel, franchement phlegmoneux. Son maximum se trouve en avant de la pointe de l'apophyse mastoïde et indépendant du sillon rétro-auriculaire qui est conservé. Bientôt la peau se soulève et on assiste à la formation d'un abcès. La fluctuation apparaît. La peau se distend, s'amincit, parfois jusqu'à laisser voir le pus par transparence et l'ouverture se fait spontanément si l'on n'intervient pas.

CHAPITRE III

Etiologie

La lymphangite périauriculaire et l'inflammation des ganglions mastoïdiens reconnaissent pour cause l'introduction de germes infectieux dont la porte d'entrée siège en un point quelconque du territoire lymphatique de ces ganglions.

Toute lésion cutanée (contusion, lésions de grattage, plaies par instrument tranchant ou piquant, érysipèle, furoncle, impetigo, eczéma, echtyma du cuir chevelu, érythème des jeunes sujets, pédiculose, inflammation consécutive à la perforation du lobule pour y adapter des boucles d'oreille, inflammation se développant autour de l'othématome et des tophus des goutteux) peut amener ces affections. La seule nomenclature que nous venons de faire suffit pour caractériser ces causes ; il en est de même pour les lésions traumatiques du conduit auditif (fractures, plaies, corps étrangers accidentellement introduits, tentatives brutales d'extraction de ces corps étrangers, exco-

riations produites par le grattage, troubles de secrétion amenant la formation de concrétions cérumineuses).

Les inflammations parasitaires du conduit, les syphilides, le lupus et le psoriasis sont des causes rares : nous ne ferons que les mentionner pour insister sur celles beaucoup plus fréquentes dont nous allons parler maintenant.

« J'ai trouvé, dit Lamacq-Dormoy, dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1904, les ganglions mastoïdiens enflammés avec une fréquence extrême dans les cas de végétations adénoïdes. Mais les végétations s'accompagnent-elles toujours d'adénite ? Chez mes malades, l'association a été constante et au début je croyais pouvoir conclure de la présence d'adénite mastoïdienne nette à l'existence de végétations. J'ai dû bientôt, devant de trop nombreuses exceptions, charger mes conclusions. Au cours de cette affection, l'adénite peut présenter des caractères particuliers. Si les poussées d'adénoïdite sont fréquentes, les ganglions deviennent gros, douloureux ; ils forment autour de la mastoïde un bourrelet facilement perceptible au doigt, parfois visible sous la peau.

Quand l'adénoïdite disparaît ou s'atténue, les ganglions deviennent indolores, diminuent de volume, peuvent même disparaître, témoins fidèles de l'inflammation adénoïdienne. Il résulte de ces observations que l'adénite mastoïdienne n'est pas la conséquence directe des végétations mais qu'elle est due à l'inflammation du rhino-pharynx, si fréquente dans ce cas.

Dans la rhino-pharyngite simple chez l'enfant, on trouve en général les ganglions pré et rétro-auriculaires associés ; chez les adultes, les ganglions mastoïdiens sont le plus sou-

vent moins marqués ou absents, les préauriculaires sont à peu près constants. Tous ces ganglions sont en général petits, aplatis, du volume d'une lentille. La pression à leur niveau est désagréable, parfois très douloureuse. Il est possible aussi quelquefois de reconnaître les lymphatiques afférents augmentés de volume et douloureux. Ces ganglions sont mobiles sur le plan osseux. Dans plusieurs cas, chez des sujets ayant des coryzas fréquents, on peut constater une chaîne continue de petits ganglions contournant l'oreille en dessous depuis le tragus jusqu'à la mastoïde. On observe aussi dans ces cas des ganglions occipitaux. Ces ganglions douloureux peuvent faire prévoir l'apparition d'une rhino-pharyngite encore dépourvue de symptômes.

OBSERVATION I (Lamacq-Dormoy)

Le 6 janvier 1903, je suis appelé près d'une jeune fille de 22 ans atteinte depuis une dizaine de jours d'angine aiguë. L'analyse bactériologique dénote la présence de streptocoques, staphylocoques et de pneumocoques. Outre les ganglions sous-maxillaires je trouve les ganglions mastoïdiens et préauriculaires douloureux. Cependant il n'y a ni enchifrènement ni gêne rétro-nasale. Le 10 janvier seulement, apparaît le catarrhe naso-pharyngien avec difficulté de la respiration nasale.

L'existence du catarrhe nasal dans la rougeole nous fait présumer dans cette affection l'existence de l'adénite pré et rétro-auriculaire. Elle y est constante ; elle y est précoce, perceptible avant l'apparition de l'éruption.

OBSERVATION II (Lamacq-Dormoy)

Le 2 février 1903 je vois un bébé soigné depuis quelques temps pour une dyspepsie due à une mauvaise hygiène alimentaire. L'enfant présentait des ganglions mastoïdiens et préauriculaires sensibles à la pression. Cependant la gorge est nette et la mère nie tout coryza. Pas trace d'écoulement nasal. Deux jours après, rougeole.

L'adénite mastoïdienne a été signalée dans la syphilis par Regnès, de Marseille, et Nicolle lui donne une valeur diagnostique supérieure à celle des ganglions cervicaux si importante pour Ricord. Le symptôme le plus important de réaction du système lymphatique dans la période secondaire serait d'abord l'hypertrophie de la rate puis celle des ganglions épitrochléens et mastoïdiens que Nicolle a rencontré 23 fois sur 34 observations. Elle apparaît depuis la troisième semaine après le début du chancre jusqu'au neuvième mois. Peut-être ces ganglions mastoïdiens de la syphilis sont-ils en rapport avec une poussée de plaques muqueuses pharyngo-nasales.

Immédiatement après ces causes rhino-pharyngées d'adénite mastoïdienne, il nous faut citer celles qui viennent de la caisse du tympan. Toute infection de l'oreille moyenne peut avoir une répercussion sur les ganglions mastoïdiens et cela arrive dans un grand nombre d'otites. Nous avons affaire à une otite moyenne aiguë purulente, il y a de l'adénite mastoïdienne, la fièvre se déclare, les ganglions sont douloureux. Quelle est la cause de la fièvre ? Est-ce l'otite, est-ce l'adénite ? ou bien la fièvre est-elle le fait de l'une et l'autre affection? Il faut trancher cette questions, car il se

peut très bien qu'un petit ganglion de l'apophyse mastoïde douloureux, sensible à la pression, accompagné de température et d'otorrhée, puisse donner lieu à une erreur de diagnostic : c'est dans ces cas qu'on doit examiner s'il se trouve d'autres ganglions enflammés aux alentours de l'apophyse mastoïde et voir s'ils sont gros et douloureux. D'autres fois il arrive qu'une otite purulente dérange si peu le malade qu'elle passe inaperçue, arrive même à la perforation du tympan : il peut se produire alors une adénite dont on chercherait en vain l'étiologie et qu'on mettrait sur le compte d'autres affections.

Nous savons, d'après Leutert, que les germes infectieux peuvent passer à travers l'oreille moyenne sans provoquer de réactions et ce n'est qu'arrivés dans l'apophyse qu'ils deviennent virulents et causent la mastoïdite purulente. De même, pensons-nous, les germes infectieux passent dans les lymphatiques de l'oreille moyenne et, arrivant aux ganglions, y produisent du gonflement, de l'inflammation, de grandes douleurs et une forte fièvre (Erwin-Jurgens).

Toutes ces causes que nous venons de mettre en lumière longuement ne sont pourtant pas les plus fréquentes de l'adénite mastoïdienne. Il en est trois qui priment toutes les autres citées plus haut et qui sont :

L'herpès ;

L'eczéma ;

La furonculose du conduit.

L'herpès siège en général sur le pavillon, la conque ou le tiers externe du conduit. Il serait plus fréquent chez l'adulte, d'après Hartman.

Le début est brusque, précédé de troubles gastriques. La

fièvre atteint en général 38° ; elle est de courte durée. La douleur fait défaut, mais les démangeaisons sont vives.

A l'inspection, on constate l'injection diffuse de tout le conduit. Bientôt sur cette surface rouge apparaissent de petites vésicules remplies d'un liquide séreux. Elles sont isolées les unes des autres, d'autres fois réunies en îlots séparés par des intervalles de peau saine. La grosseur de ces vésicules varie d'un grain de mil à un pois. Le liquide qu'elles contiennent est d'abord clair, puis citrin, puis opalescent. Les vésicules peuvent alors se dessécher sans s'ouvrir. L'évolution de la vésicule aboutit à la formation d'une croûte jaunâtre, puis brunâtre, souvent réunie aux croûtes voisines.

La durée de l'affection est très courte. Le conduit, la conque, le pavillon peuvent être envahis à la fois ou l'un après l'autre.

L'eczéma de l'oreille est très fréquent chez l'enfant. On le trouve sur le pavillon, à l'entrée du conduit auditif et dans le sillon rétro-auriculaire.

Cette affection revêt la forme aiguë ou chronique ; la forme aiguë affecte les mêmes caractères que sur les autres parties du corps : rougeur et gonflement de la peau avec production de petites vésicules serrées les unes contre les autres, laissant échapper par rupture un liquide clair, parfois roussâtre, qui souvent se concrète sous forme de croûtes plus ou moins épaisses. Le plus souvent l'eczéma passe à l'état chronique et revêt la forme impétigineuse, si commune chez les enfants scrofuleux et mal entretenus. La région envahie, rouge et gonflée, présente des excoriations recouvertes de croûtes jaunâtres et humides qui sont au-

tant de portes ouvertes à l'infection des ganglions voisins.

Le furoncle du conduit auditif externe est une affection relativement commune. Nous la décrirons en détail, car c'est elle qui entre pour la plus grande partie dans l'étiologie de la lymphangite périauriculaire.

Le furoncle de l'oreille est produit, d'après Lœvenberg, par les trois variétés de staphylocoques : l'albus, l'aureus et le citreus. Il survient, soit primitivement, soit à la suite de l'eczéma du conduit et du pavillon. Il siège le plus souvent à l'entrée du conduit, dans les glandes sébacées et cérumineuses où elles sont surtout développées.

Le début du furoncle s'annonce par des frissons, une élévation légère de température accompagnée ou non de troubles gastriques : langue saburrale, nausées, constipation. Puis survient un prurit dans le conduit auditif. Ce prurit peut être très pénible et amène en général le grattage qui produit des excoriations ; ces dernières pourront constituer autant de portes d'entrée pour une auto-inoculation ou des infections secondaires surajoutées. Au bout de vingt-quatre heures, ce prurit est remplacé par une sensation de gêne avec tension, chaleur et douleur.

Cette douleur est un signe très important ; son intensité souvent très grande est en rapport avec la sensibilité exquise de la peau du conduit et l'inextensibilité des couches sous-épidermiques. Elle est très exagérée par le contact d'un stylet au point où siège la tumeur furonculeuse. Ses irradiations sont variables comme siège et comme intensité.

Le plus souvent, toute la moitié correspondante de la tête est lourde, parfois il y a des irradiations dans les dents et dans tout un côté de la mâchoire.

Les irradiations dans la région du cou déterminent l'inclinaison de la tête vers le côté malade. Une des plus fréquentes a lieu dans l'articulation temporo-maxillaire correspondante, qui est atteinte d'impotence fonctionnelle partielle, surtout si le furoncle siège sur la paroi antérieure du conduit.

Les douleurs sont continues avec exacerbations fréquentes ; elles sont plus vives la nuit et peuvent être assez intenses pour empêcher le sommeil.

Hermet signale comme exaspérant la douleur, la pression en avant du tragus. Broca considère comme un signe de tout premier ordre, et pouvant certifier la présence d'un furoncle du conduit, la douleur que l'on provoque en exerçant une traction même légère sur le pavillon de l'oreille, de manière à le porter en haut et en arrière.

On rencontre aussi dans le furoncle du conduit des bruits subjectifs consistant en tintements, battements, bruits de cloche. Mais ce sont des phénomènes inconstants.

Enfin, l'ouïe est parfois obscurcie et la surdité peut être complète quand le furoncle, par son développement, arrive à obstruer complètement le conduit auditif.

A l'inspection de l'oreille le pavillon ne présente en général aucune trace d'inflammation. L'entrée du conduit peut, dans certains cas, présenter une teinte rosée en continuité avec le pourtour du furoncle siégeant en cette partie. Si le furoncle siège profondément, on aura recours à l'examen otoscopique. On voit alors en certains points la peau rosée ou même rouge sombre : en même temps, on constate un gonflement qui augmente à mesure que l'affection évolue ; au centre de cette rougeur, on voit, dès les premiers jours,

une élevure plus rouge que les parties environnantes dont la surface est lisse et acuminée.

L'évolution de la tumeur se fait en cinq ou six jours : au niveau de la paroi centrale acuminée, la peau s'amincit, un point blanchâtre apparaît, qui s'agrandit progressivement ; la peau s'ulcère et la suppuration a lieu.

Parfois aussi la résolution est un mode de terminaison de l'affection, surtout si elle est convenablement traitée.

Il n'est pas rare, d'après la plupart des auteurs, d'observer une récidive des phénomènes inflammatoires dans les jours qui suivent la guérison du premier furoncle : c'est une seconde poussée furonculeuse dont l'évolution sera analogue à la précédente. Il peut même y avoir trois ou quatre poussées successives créant un état furonculeux chronique.

CHAPITRE IV

Diagnostic différentiel

Nous diviserons ce chapitre en trois parties :

1° La région mastoïdienne est enflammée.

2° Il y a abcès mastoïdien.

3° Il y a fistule mastoïdienne.

Quand il y a inflammation de la région mastoïdienne, on peut penser soit à la lymphangite rétro-auriculaire, soit à l'érysipèle, soit à la mastoïdite, soit enfin et tout à fait en dernier lieu à une gomme syphilitique.

L'érysipèle se localise rarement à la région mastoïdienne ; il a, de plus, des caractères particuliers sur lesquels nous allons revenir.

La lymphangite rétro-auriculaire a un siège plus précis ; elle débute dans le triangle mastoïdo-maxillaire ; à ce niveau on sent le ganglion mastoïdien tuméfié et douloureux. Le pavillon de l'oreille est ordinairement respecté, mais il arrive parfois qu'il est aussi envahi.

Dans l'érysipèle, le pavillon est envahi, gonflé, œdéma-

tié ; la région mastoïdienne et le pavillon, atteints par le gonflement parfois considérable, se recouvrent souvent de phlyctènes d'abord remplies d'un liquide clair qui devient vite séro-purulent ; ces phlyctènes ne se rencontrent presque jamais dans la lymphangite simple.

Les autres caractères particuliers de l'érysipèle : bords festonnés formant bourrelet, appréciable au doigt et à la vue au-dessus des parties voisines, teinte plus foncée de l'inflammation, permettent de le diagnostiquer. Un signe a été donné par Vidal : le godet d'œdème qui se produit par la pression présenterait une teinte blanc mat dans la lymphangite, jaunâtre dans l'érysipèle. Enfin les phénomènes généraux sont ordinairement plus graves dans l'érysipèle et la température plus élevée.

Quant à la mastoïdite, il est parfois difficile de la distinguer de la lymphangite rétro-auriculaire. C'est dans ces cas qu'il faudra tenir grand compte des antécédents. Nous allons décrire les symptômes de la mastoïdite, et nous les opposerons dans un tableau à ceux de la lymphangite rétro-auriculaire.

Au cours d'une otite moyenne suppurée, nous dit Luc, l'apparition d'accidents mastoïdiens est annoncée par un ensemble de signes généraux et locaux assez caractéristiques mais, en général, le début en est lentement progressif, sinon insidieux. Ce n'est qu'exceptionnellement chez de jeunes enfants ou des sujets nerveux à réaction violente, qu'on les voit éclater brusquement sous forme d'un grand accès fébrile, précédé de frissons, avec élévation thermique à 40° et parfois avec accompagnements de vomissements et de délire.

En général, le début est beaucoup moins bruyant ; la poussée fébrile qui l'accompagne peut être fugace, au point de passer inaperçue ou ne se montrer que transitoirement à la fin de la journée sous forme de légers frissonnements et de malaises accompagnés d'une élévation thermique atteignant tout au plus 39°. Les symptômes locaux sont beaucoup plus significatifs. Ils sont les uns subjectifs, les autres objectifs.

Les premiers consistent en une douleur spontanée, à caractère tensif et pulsatile, ressentie dans la profondeur de la région rétro-auriculaire et s'irradiant vers le cou, la face et la nuque. Politzer a signalé des douleurs irradiées dans le maxillaire et l'épaule du côté malade.

Si cette douleur existait avant la perforation tympanique, au lieu de se calmer après l'établissement de l'écoulement purulent au dehors, elle persiste et augmente ; si, au contraire, elle avait disparu après l'ouverture du tympan, c'est sa réapparition avec une intensité plus grande qui marque le début des accidents.

En même temps qu'apparaît la douleur mastoïdienne, on constate habituellement, mais non constamment, un phénomène très significatif : une diminution brusque de l'otorrhée qui jusque-là s'était montrée plutôt abondante.

On peut faire alors au niveau de l'apophyse mastoïde les constatations suivantes :

Au début, on note un léger gonflement en masse de la région tendant à effacer le sillon rétro-auriculaire et à soulever, à détacher le pavillon.

La pression de la région mastoïdienne au moyen de la pulpe de l'index réveille plus ou moins la douleur. Il existe

en général une région assez limitée, une sorte de point douloureux, au niveau duquel le phénomène est tout particulièrement marqué. Ce point correspond le plus souvent à la base de l'apophyse et au siège de l'antre. Dans d'autres cas, il répond à la pointe mastoïdienne, surtout quand, à la faveur d'une disposition très pneumatique de l'apophyse, la suppuration s'étend jusqu'à son extrême pointe. Dans les mêmes conditions, la sensibilité à la pression peut être répartie presque uniformément sur toute l'étendue de la région. Cette diffusion de la sensibilité ne manque pas de se produire les jours suivants si on laisse à la suppuration le temps de gagner la face profonde du périoste.

Si les accidents continuent de progresser, le gonflement rétro-auriculaire, assez peu sensible au début pour avoir besoin d'être recherché, devient de plus en plus manifeste, écartant progressivement le pavillon dont la direction tend à devenir perpendiculaire à la surface crânienne. En même temps, on note la chute de la paroi postéro-supérieure du conduit. Il en résulte un effacement plus ou moins complet de la lumière de ce dernier.

Si on abandonne les choses à elles-mêmes, il y aura en général formation d'un abcès superficiel.

Tels sont les principaux symptômes de la mastoïdite. Il nous reste à les opposer à ceux de la lymphangite rétro-auriculaire que nous avons décrits dans un précédent chapitre ; nous le ferons sous forme de tableau.

LYMPHANGITE MASTOIDIENNE CONSÉCUTIVE A UN FURONCLE DU CONDUIT		MASTOIDITE AIGUE CONSÉCUTIVE A UNE OTITE MOYENNE
Exagérés par la mastication.	Douleurs spontanées	Non influencées par la mastication.
Maximum à la pression pré ou sous-auriculaires.	Douleurs provoquées	Maximum à la pression rétro-auriculaire.
Réveillées par la pression oblique sur le conduit cartilagineux.	—	Réveillées par la pression perpendiculaire la surface osseuse.
Traction du pavillon très douloureuse.	—	Traction du pavillon indolore.
Tuméfaction à maximum sous-auriculaire.	Peau	Tuméfaction à maximum rétro-auriculaire.
Gonflement constant occupant le conduit cartilagineux.	Conduit	Gonflement inconstant situé dans le conduit osseux.
Tuméfaction souvent circulaire.	—	Tuméfaction latérale postéro-supérieure.
Saillies multiples et acuminées.	—	Saillie unique et aplatie.
Normal, sauf macération.	Tympan	Bombé, rouge, en général perforé.
Ramène des squames épidermiques.	Injection	Ramène du muco-pus.
Pas de bruit de perforation.	Valsalva	Bruit de perforation tympanique.
Peu abaissée (sauf dans le cas où le conduit est obstrué complètement).	Audition	Très abaissée.
Tuméfaction auriculaire précoce dès le deuxième ou troisième jour, contemporaine des douleurs.	Evolution	Tuméfaction péri-auriculaire tardive, vers deuxième ou troisième semaine, se produisant longtemps après les douleurs.

D'après ce tableau, nous voyons qu'il est difficile de faire une erreur de diagnostic entre la mastoïdite aiguë consécutive à une otite moyenne et la lymphangite rétro-auriculaire, suite de furonculose du conduit. Mais il est des cas où le diagnostic n'est pas si facile et, à ce propos, nous allons citer quelques opinions étrangères.

Gradle cite quatre cas d'abcès périauriculaires consétifs à une furonculose du conduit et dont les symptômes ressemblaient tout à fait à ceux d'une mastoïdite. Il appelle l'attention sur certains points du diagnostic différentiel et conclut qu'on n'a pas toujours attribué à l'abcès périauriculaire l'importance qu'il mérite.

Hollinger pense que le diagnostic différentiel n'est pas toujours facile, même pour un otologiste.

Pierce croit plutôt que le diagnostic différentiel entre ces deux états pathologiques n'est pas si difficile et qu'habituellement on peut l'établir d'après le caractère de l'infiltration. Dans la furonculose et l'abcès périauriculaire, de cause autre que la mastoïdite, il croit qu'on trouvera toujours la présence de l'œdème et de la dépression, tandis que si c'est de la mastoïdite, ces symptômes manqueront en partie, en dépit de l'infiltration de la mastoïde.

Freer rapporte un cas où le gonflement péri-auriculaire était dû à une obstruction du canal de Sténon. On diagnostique nécrose osseuse, mais après suppression d'une arête de poisson du canal, les symptômes disparaissent.

Aleport pense, comme Pierce, que le diagnostic est facile en général.

Beck recommande les rayons X pour déterminer l'état de la mastoïde et pense que leur emploi se généralisera bientôt.

Andrews accorde une grande valeur à l'usage du transilluminateur dans ces conditions. Dans l'abcès mastoïdien la lumière est obscurcie tandis que dans l'abcès périauriculaire le passage de la lumière n'est pas intercepté, tout au moins jusqu'à ce qu'il y ait présence du pus.

Giaddle répond que ce qu'à dit Pierce au point de vue du diagnostic différentiel s'applique à de nombreux cas, mais ce qu'il a en vue en rapportant les 4 cas précités c'est qu'il est des circonstances exceptionnelles où l'on est embarrassé, surtout dans les cas où il n'existe pas de gonflement pendant qu'il y a de la douleur et de la sensibilité.

Nous nous rangeons à ce dernier avis et nous nous résumerons en disant que pour l'auriste, il est aisé de diagnostiquer une furonculose du conduit et quand, dans ce cas, il y a réaction mastoïdienne, il pensera tout de suite à la lymphangite sans s'arrêter à l'idée de mastoïdite. De même, si au cours d'une otorrhée il y a arrêt ou diminution de l'écoulement avec douleur mastoïdienne, il pensera à l'existence probable d'une mastoïdite. Mais quand il y a réaction mastoïdienne sans furonculose du conduit, sans écoulement d'oreille, sans aucune affection du territoire cutané dont les lymphatiques répondent aux ganglions mastoïdiens, le diagnostic sera plus malaisé. On songera alors à trois affections :

1° A la mastoïdite primitive et plutôt à une mastoïdite secondaire à une otite initiale assez légère et ayant passé inaperçue ou guérie sans laisser de trace. « Dans ces cas, dit Lermoyer, l'infection naso-pharyngienne remontant par voie tubaire lèche la caisse et mord la mastoïde. » On doit alors faire un examen approfondi du tympan qui est tou-

jours modifié tout au moins dans sa coloration. D'ailleurs ces mastoïdites ont toujours été précédées des symptômes auriculaires habituels : surdité partielle, bruits subjectifs, douleurs auriculaires.

2° A l'adénite mastoïdienne consécutive à une infection rhino-pharyngée. La pression de ces ganglions enflammés provoque une vive douleur, et si l'on n'y regarde pas de très près, le doigt explorateur peut laisser le ganglion, minime en somme et plat, inaperçu et la douleur est attribuée à l'apophyse mastoïde. Pour diagnostiquer ces ganglions il faut passer en glissant le bout de l'index sur la mastoïde. On trouve ainsi de petites masses mobiles, lenticulaires, de consistance élastique. Celui de la pointe a la consistance d'une petite bourse séreuse.

3° A la gomme syphilitique enflammée, cette localisation est très rare et son diagnostic se fera par élimination et en se basant sur les antécédents du malade.

Nous allons passer maintenant à la deuxième partie de ce chapitre : il y a abcès mastoïdien. Cet abcès peut être un adéno-phlegmon ou être consécutif à une trépanation spontanée de la coque osseuse. Dans ce dernier cas, l'œdème augmente, la peau s'empâte de plus en plus, devient rouge, même violacée. Bientôt apparaît au centre de la tuméfaction une saillie plus ou moins volumineuse pouvant atteindre la grosseur d'un œuf. La fluctuation est de plus en plus superficielle. Le sillon rétro-auriculaire est effacé, le pavillon décollé. La pression lente sur cette tumeur fait parfois refluer le pus qui s'écoule par le conduit auditif.

Si la collection siège sur la base de la mastoïde, le pus

tend à fuser vers la région temporale et peut même envahir le pavillon et la partie supérieure du conduit.

Si elle siège à la pointe, elles est plus circonscrite et le sillon est ordinairement conservé. Dans ce cas l'abcès d'origine mastoïdienne peut être confondu avec l'adéno-phlegmon et réciproquement.

Si la collection s'est montrée à la base de la mastoïde au-dessus du conduit, l'erreur n'est pas possible car l'abcès mastoïdien peut seul débuter en ce point. L'origine de l'adéno-phlegmon doit toujours être recherché en avant de la pointe de l'apophyse.

Si l'abcès mastoïdien siège vers la pointe ou la partie moyenne de l'apophyse, le diagnostic est parfois très difficile et parfois même impossible avant l'incision. Dans ce cas le sillon rétro-auriculaire peut être envahi mais son indépendance est toujours plus marquée dans l'adéno-phlegmon.

Si la pression fait sortir du pus par le conduit, s'il y a chute de la paroi postéro-supérieure et perforation tympanique, s'il y a une otorrhée ancienne, on pourra affirmer la mastoïdite.

Ces signes peuvent manquer et alors si on n'a pas vu le début par un ganglion tuméfié roulant sous le doigt, s'il n'y a aucune porte d'entrée d'infection sur le territoire lymphatique de la région mastoïdienne, tous signes plaidant en faveur de l'adéno-phlegmon, le diagnostic est impossible ; l'incision seule avec l'exploration au stylet permettant de sentir un os dénudé permettra de le faire.

La dernière partie de ce chapitre : il y a fistule mastoïdienne, nous arrêtera peu. Par l'exploration au stylet on se

rendra compte de l'état de l'os sous-jacent et suivant qu'il sera dénudé ou non on portera le diagnostic de mastoïdite ou d'adéno-phlegmon.

Nous terminerons en citant le cas d'un chancre de cette région que nous avons vu à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le professeur Sébileau. Il s'agissait d'une femme qui avait été mordue sur la région mastoïdienne. Ajoutons que ce cas est exceptionnel.

CHAPITRE V

Traitement

Nous diviserons cet important chapitre en deux paragraphes : Dans le premier nous parlerons du traitement de la cause, dans le deuxième du traitement local propre à combattre l'inflammation de la région mastoïdienne.

Pratiquement nous aurons à considérer les causes suivantes :

1° Furonculose,

2° Eczéma,

dans la lymphangite.

1° Impetigo,

2° Pédiculose,

3° Infection rhino-pharyngée,

dans l'adénite et l'adénophlegmon.

Dans la furonculose le traitement peut être abortif ou curatif.

Le traitement abortif ne réussit que tout à fait au début de l'affection. Il varie suivant que la lésion est limitée et

directement accessible ou qu'une inflammation diffuse des régions cutanées voisines masque le siège du furoncle.

Dans le premier cas on fera par jour deux ou trois attouchements à la teinture d'iode ou même une cautérisation avec une pointe de galvano-cautère.

Dans le deuxième cas, on instillera dans le conduit, trois fois par jour, 15 à 20 gouttes de glycérine phéniquée au vingtième après avoir fait au préalable tiédir cette solution.

Le traitement curatif, dans sa période médicale, comme dit Lermoyez, consiste à calmer les douleurs qui sont extrêmement vives et à prévenir l'éclosion de nouveaux furoncles. On atteindra ce but en introduisant dans le conduit auditif une mèche imbibée d'une solution à parties égales de liqueur de Van Swieten et de glycérine neutre.

S'il y a en même temps un état saburral de la langue, on prescrira un purgatif.

La levure de bière sera administrée pendant quinze jours dans les cas sérieux.

L'abcédation du furoncle (période chirurgicale de Lermoyez) est signalée par une diminution des douleurs. Dans ce dernier cas, lorsque l'ouverture ne se fait pas spontanément, il faut inciser. Cette incision sera suivie du pansement plus haut indiqué.

Le traitement de l'eczéma varie avec la période à laquelle on le considère.

Tout au début, alors qu'il n'existe que de la rougeur du pavillon, on aura recours aux poudres inertes : talc associé à l'oxyde de zinc dans la proportion de 3 à 1 par exemple.

Plus tard, quand les surfaces malades sont le siège d'un

suintement et de productions croûteuses, il faut décaper les téguments à l'aide de l'huile de vaseline qui sera laissée en contact vingt-quatre heures. Au bout de ce temps les croûtes se détacheront facilement. On appliquera alors une pommade à l'oxyde de zinc au 1 /10.

Lorsque l'irritation est calmée et quand l'eczéma aigu tend à passer à l'état chronique, on fera des attouchements avec une solution de nitrate d'argent au 1 /30.

Nous allons parler maintenant du second groupe d'affections : Impetigo, pédiculose, infection rhino-pharyngée.

L'impetigo du cuir chevelu, qu'on rencontre en général chez les enfants mal tenus, disparaît vite lorsque l'on institue des soins de propreté ; les savonnages énergiques au savon de Marseille font tomber les croûtes dont la place sera cautérisée à l'eau oxygénée.

Quant aux poux, le meilleur remède pour s'en défaire consiste à raser le cuir chevelu ; dans le cas où les parents ne veulent pas se résigner à sacrifier la chevelure de leur enfant, on leur conseillera les applications d'onguent mercuriel.

L'infection rhino-pharyngée, considérée comme la cause de l'adénite rétro-auriculaire, est en général entretenue par la présence de végétations adénoïdes. Leur ablation est indiquée. On fera de plus l'antisepsie du rhino-pharynx à l'aide de l'huile mentholée au 1 /100.

Le traitement local de la lymphangite rétro-auriculaire consiste dans l'application d'un large pansement humide chaud à l'eau bouillie, dépassant dans tous les sens la région malade. Ce pansement doit être renouvelé tous les jours. En général, au bout de cinq à six jours, la guérison se fait.

S'il y a tendance, au contraire, à la suppuration, il faudra pratiquer l'incision de Wilde lorsque l'on sentira le pus bien collecté.

L'adénite rétro-auriculaire se traite comme la lymphangite par des pansements humides très chauds, qui peuvent pour certains auteurs, être remplacés par la glace. L'adénophlegmon sera incisé.

OBSERVATION III (Poutchkovsky)

Au sujet de la pseudo-mastoïdite.

Il s'agit d'un homme de 24 ans qui a été admis à l'hôpital pour une fièvre typhoïde. Après un séjour de deux mois, le malade semblait guéri et se préparait à sortir, lorsqu'il ressentit presque subitement une douleur dans la mâchoire inférieure, du côté droit. En même temps il se produisit une tuméfaction des ganglions lymphatiques sous-maxillaires et cervicaux du même côté. La tuméfaction et la douleur allèrent en augmentant. Les téguments sus-jacents étaient congestionnés et épaissis. Deux jours plus tard, la tuméfaction gagna, puis dépassa en bas et en avant la région de l'apophyse mastoïde et le malade est admis dans un service d'otologie.

La température monte à 39°2 et il se produisit un écoulement abondant de pus par le conduit auditif externe.

Le pavillon de l'oreille droite est repoussé en avant et en haut. En arrière du pavillon, il existe une tuméfaction douloureuse à la palpation ; la peau est tendue, de coloration rouge-violacée, et l'écoulement par l'oreille augmente quand on presse sur la région de la mastoïde.

L'examen otoscopique montre sur la paroi postéro-inférieure du conduit auditif, à 2 ou 3 millimètres de la membrane du tympan, une petite fistule à bords ulcérés. C'est par cette voie

que sort le pus. La membrane du tympan a son aspect normal et l'ouïe du côté malade n'est pas diminué.

Il s'agissait donc d'un abcès sous-cutané et non d'une mastoïdite, comme on l'avait pensé au premier abord.

L'abcès fut ouvert par l'incision de Wilde et une sonde montra la communication avec le conduit auditif ; le périoste était sain. Guérison.

OBSERVATION IV (Mathias et Gasser).

Il s'agit d'un soldat qui, dans la convalescence d'une dysenterie, est pris de gonflement d'apparence phlegmoneuse, au niveau de l'oreille droite, dans la région péri-auriculaire et parotidienne. Au bout de deux jours, on fait une incision au-dessous du lobule et descendant à quelques centimètres sur le cou. Pas de pus. Le lendemain, écoulement purulent peu abondant par l'oreille droite. Un jour plus tard, l'incision au niveau de la mastoïde donne issue à du pus. On met un drain entre les deux incisions. Au bout de quatre jours, on incise une petite collection superficielle au niveau de la parotide. Guérison en une semaine. Le pus contenait du bacterium coli commune. La lésion a évolué sans fièvre ; à peine un peu d'élévation de température le premier jour. L'état général est toujours resté bon.

OBSERVATION V (Personnelle)

Emile L..., 9 ans, se présente le 6 juin 1911 à la consultation de l'hôpital Trousseau. Il raconte qu'il a eu, il y a quinze jours environ, des douleurs très vives dans la région mastoïdienne. La mère, interrogée, nie tout écoulement d'oreille antérieur.

A l'examen on constate de l'œdème des régions mastoïdienne et pré-auriculaire. Le pavillon est nettement décollé et le sillon rétro-auriculaire effacé. On note aussi un œdème circulaire des parois du conduit.

La région mastoïdienne est rouge, sa température locale est élevée. L'enfant présente un état général excellent : ni fièvre, ni frissons.

La douleur est peu marquée, mais lorsqu'on cherche à la provoquer par la pression aux points d'élection, on constate qu'elle aurait son maximum dans la région pré-auriculaire. La traction en haut et en arrière du pavillon est douloureuse.

Incision de la paroi antérieure du conduit. Issue d'un petit bourbillon jaunâtre.

On ordonne un large pansement humide chaud recouvrant les régions œdématiées et des bains d'oreille fréquents à l'eau oxygénée.

8 juin. — Pas de douleurs. L'œdème a disparu, sauf pour ce qui regarde le conduit.

10 juin. — Amélioration sensible. L'œdème du conduit a presque entièrement disparu.

20 juin. — Le malade, revu, est guéri.

OBSERVATION VI (Personnelle)

Geneviève P..., 20 mois, est amenée à la consultation de l'hôpital Trousseau, le 20 mai 1911. Elle présente un abcès rétro-auriculaire de la grosseur d'une noix. La peau est rouge, tendue et l'ouverture est imminente.

A l'examen du cuir chevelu, on ne constate aucune trace d'impetigo. Pas d'eczéma des régions voisines, pas d'écoulement d'oreille. Le tympan, d'ailleurs examiné, est normal. Le conduit auditif ne présente aucune trace de furonculose. L'enfant a seulement un léger coryza.

Incision dans le service, le 21 mai 1911.

La guérison complète ne se fait que le 27 juillet, 11 pansements secs.

OBSERVATION VII (Personnelle)

Lucien B..., 13 ans 1/2, vient à la consultation de l'hôpital Trousseau pour douleurs très vives dans l'oreille, dans la région mastoïdienne, dans la région pré-auriculaire. Il raconte qu'il y a dix jours, il a eu les mêmes douleurs qui auraient disparues au bout de deux jours.

3 octobre 1911. — On constate un léger gonflement de la région mastoïdienne ; le gonflement s'étend jusqu'à la région sous-maxillaire, comblant la dépression mastoïdo-maxillaire. Les premiers ganglions de la chaîne carotidienne sont tuméfiés et font saillie sous la peau. Il y en a même temps gonflement très net de la région parotidienne. L'œdème s'étend en haut, à deux bons travers de doigt au-dessus du pavillon de l'oreille

La pression légère est très douloureuse dans toutes les régions œdématiées, sauf qu'on puisse déterminer un point d'élection.

La traction du pavillon, en haut et en arrière, est aussi très douloureuse.

A l'examen otoscopique, on remarque un œdème considérable de la paroi inféro-antérieure du conduit, avec douleur très vive à ce niveau.

On conseille un large pansement humide et des bains d'oreille fréquents à l'eau oxygénée.

5 octobre 1911. — L'œdème a disparu, la pression perpendiculaire à la paroi osseuse est très douloureuse. On se demande si le diagnostic de lymphangite rétro-auriculaire, suite de furonculose du conduit était exact et s'il ne s'agirait pas d'une mastoïdite, la température atteint 39°. Il y a encore de l'œdème du conduit. Remarquons que seule la douleur à la pression au niveau de l'antre existe. Les autres points douloureux ont disparu.

7 octobre 1911. — Douleur très vive à la pression sur toute l'étendue des régions mastoïdienne et parotidienne. Œdème de la paroi inférieure du conduit. Engorgement des ganglions du cou.

9 octobre 1911. — Douleur au niveau de l'antre, pas de décollement du pavillon. Température, 37°5.

10 octobre 1911. — Les douleurs au niveau de l'antre ont disparu. Il y a tuméfaction circulaire du conduit et décollement du pavillon. Douleur à la pointe de la mastoïde et au niveau de la région pré-auriculaire.

13 octobre 1911. — Guérison. Furonculose de l'autre oreille.

Cette observation nous semble intéressante, car pendant quatre jours on aurait pu penser à une mastoïdite aiguë, si on avait vu le malade à ce moment, pour la première fois.

CONCLUSIONS

1° La lymphangite, l'adénite et l'adéno-phlegmon de la région mastoïdienne sont consécutifs à une lésion cutanée qui doit être recherchée dans le territoire lymphatique des ganglions mastoïdiens. Ils peuvent dans certains cas indiquer une infection rhino-pharyngée.

2° Ces affections simulent parfois la mastoïdite.

3° Le diagnostic différentiel avec cette dernière reposera sur l'examen du conduit auditif et du tympan et sur l'étude des points douloureux.

4° Entre la mastoïdite suppurée et l'adéno-phlegmon, le diagnostic ne peut se faire souvent qu'après l'incision.

5° La lymphangite guérit par un traitement local banal (pansements humides) et surtout par le traitement de la cause.

6° L'adéno-phlegmon sera incisé le plus tôt possible.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY.

Vu : le Président,
Paul SEGOND.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

Index Bibliographique

Broca et Lubet-Barbon. — Les suppurations de l'apophyse mastoïde et leur traitement.

Collinet. — Thèse, Paris, 1897.

Favraud. — Thèse, Paris, 1895.

Ferreri. — Archives internationales de Laryngologie, 1905.

Frankenstein. — Archiv. für ohrenheikunde, 1895.

Gradle. — Archives intern. de laryngologie, 1909.

Gervais. — Thèse, Paris, 1879.

Hartmann. — Maladies de l'oreille.

Iribarne. — Thèse, Paris, 1903.

Erwins Jurgens. — Saint-Petersburger medicinische Wochenschrift.

Lamacq-Dormoy. — Gaz. hebd. Sciences médicales, Bordeaux, 1904.

Lermoyez et Boulay. — Thérapeutique des maladies de l'oreille.

Leutert. — Revue hebdomadaire de laryngologie, 1896.

Luc. — Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne.

Massier. — Ann. Maladies de l'oreille.

Poirier. — Anatomie.

Politzer. — Maladies de l'oreille, 1884.

Poutchowsky. — Arch. internat. de laryngologie, 1909

Trifiletti. — Annales des maladies de l'oreille, 1900.

Troltsch. — Lehrbuch der Ohrenheilkunden, 1893.

Orléans. — Imp. H. Tessier.